Ueber sarkomatöse Neubildungen der Vulva nebst 2 einschlägigen Fällen.

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Fakultät zu Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt

von

Boie Bruhn,

approbirt. Arzt aus Meldorf.

Jena 1887.

Druck von G. Neuenhahn.

Genehmigt von der medizinischen Fakultät auf Antrag des derzeitigen Dekans derselben.

Jena, den 11. Juli 1887.

Dr. B. S. Schultze,
derzeitiger Dekan der medizinischen Fakultät.

Meinem lieben Freunde

Dr. med. Hans Körner.



Neubildungen der Vulva sind, abgesehen von den cystischen Degenerationen und Retentionscysten der Bartholinschen Drüsen, die ja streng genommen auch gar keine eigentlichen Neubildungen sind, so selten, und es ist so wenig über diese Affektionen von den Fachleuten publicirt worden, dass es wohl seine volle Berechtigung hat, alle einschlägigen neuen Fälle an die Oeffentlichkeit zu bringen. Zwar sind an der Vulva fast alle vorkommenden Neubildungsformen beobachtet worden, doch ist ihre Zahl im Vergleich mit den analogen Tumoren des Uterus eine äusserst geringe zu nennen.

Was speciell das Carcinom anbetrifft, so haben Virchow, Louis Mayer, Max d'Espine und Tauchon statistisch nachgewiesen, dass erst auf fünfunddreissig bis vierzig Uteruscarcinome ein Krebs der äusseren Genitalien beobachtet wird. Nach Louis Mayer betrifft das Carcinom die einzelnen Sexualorgane wie folgt: Uterus, Mamma, Ovarien, Vagina, Vulva.

Nun aber übertrifft das Carcinom die übrigen Neubildungen der Vulva an Häufigkeit ganz bedeutend. Sehr viel seltener ist an der Vulva das Vorkommen

von Sarkomen, welche wohl mit die seltensten, zugleich aber auch die an die schlimmste Prognose gebundenen Neoplasmen der Vulva darstellen. Gurlt fand unter 483 an Sarkom erkrankten Weibern keins mit Sarkom der Vulva und diese 483 an Sarkom erkrankten Weiber befanden sich unter 11,140 mit Neubildungen behafteten Frauen in einem Zeitraum von 24 Jahren.

Demgemäss ist in der Litteratur bis jetzt auch nur Weniges über diese Sarkomformen bekannt und veröffentlicht worden. Hildebrandt[1]) übergeht diese Neubildungsformen vollständig mit Stillschweigen, Schröder[2]) weist nur auf die beiden Fälle von Louis Mayer, auf die ich weiter unten noch näher eingehen werde, und auf das ebenfalls weiter unten genauer betrachtete Spindelzellensarkom von Fürst hin, während Fritsch[3]) ganz kurz bemerkt, dass zwar „Fälle von Sarkom bekannt“ sind, dass dieselben jedoch zu den selteneren Neubildungen gehören. Auch Hennig[4]) thut in seiner Abhandlung über „die Krankheiten der weiblichen Sexualorgane“ der Sarkome der Vulva gar keine Erwähnung. Nur Winckel geht in seinem „Lehrbuche der Frauenkrankheiten“ etwas näher auf diesen Gegenstand ein und theilt mit, dass alle Formen von Sarkomen an der

---

1) Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien in Billroth's Handbuch der Frauenkrankheiten. 1877. S. 52.

2) Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1886. S. 545.

3) Krankheiten der Frauen.

4) Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. IV. 3. Abtheilung. S. 82.

Vulva vorkommen, Rundzellensarkom, Myxosarkom, Fibrosarkom, Melanosarkom; aber auch er betont die überaus grosse Seltenheit dieser Geschwülste. Winckel selber sind in seiner Thätigkeit zweier Fälle, ein Rundzellen- und ein Myxosarkom, zur Beobachtung gekommen, von denen in dem einen die Diagnose zuerst auf ein „Lipoma pendulum" gestellt worden war; Winkel berichtet, dass die Differentialdiagnose zwischen dem Sarkom und dem Lipoma pendulum überhaupt eine sehr schwierige sei, da beide „derbere oder weichere, öfter ödematöse, auch wohl scheinbar fluktuirende, dabei zusammengesetzte, daher wie gelappt erscheinende Geschwülste" darstellen. Gesichert kann die Diagnose natürlich erst nach der Exstirpation durchs Mikroskop werden.

Was im Uebrigen an einzelnen Fällen Bemerkenswerthes in der Literatur vorhanden ist, will ich in Folgendem kurz zusammenstellen. Louis Mayer[1]) hat, wie schon oben erwähnt, während seiner ganzen Thätigkeit und in seiner ganzen ausgedehnten Praxis zwei Fälle beobachten können. Beide Fälle nahmen ihren Ausgang von den grossen Schamlippen und den Nymphen, zeigten grosse Neigung zu profusen Blutungen und endeten letal; in dem einen Falle war die Frau durch den grossen andauernden Blutverlust der Kacchexie verfallen und endete bald, im andern Falle wurde die Neubildung abgetragen und mit dem Glüheisen zerstört. Jedoch

---

1) Louis Mayer, Monatsschrift für Geburtshülfe. 1868. Bd. 32. S. 250.

schon nach fünf Monaten stellte sich ein rasch wachsendes Recidiv ein, dem die Frau in kurzer Zeit erlag. Beide Fälle stellen sich also als von sehr maligner Natur dar.

Einen ferneren Fall hat Dr. Góth[1]) in Klausenburg beschrieben und zwar handelt es sich hier um ein pigmentirtes Sarkom, um ein Melanosarkom, mit Uebergang zum Carcinom, wie die mikroskopische Untersuchung ergab. Obgleich sich der Regel nach diese Melanosarkome durch ganz besondere Bösartigkeit auszuzeichnen pflegen, so war der Verlauf bei Góth doch ein relativ gutartiger. Das Dasein der Geschwulst war zwei Jahre vor der Operation zuerst bemerkt worden, die Neigung zum Wachsen sehr gering und Symptome fehlten gänzlich, wie überhaupt diese Sarkome, ebenso wie die Carcinome der Vulva, gewöhnlich lange Zeit völlig symptomlos zu verlaufen pflegen, bis mit schnellerem Wachsthum die Verhältnisse auf einmal sehr bedrohliche werden. Bei Góth's Patientin traten erst in den letzten Monaten mit rascherem Wachsthum Schmerzen und Brennen ein. Der tiefschwarze Tumor ging gleichfalls von den Labien aus, hatte eine bedeutende Grösse (über Manneskopfgrösse) und zeigte an bohnengrossen Erosionen ebenfalls Neigung zu reichlichen Blutungen. Als Patientin sich sechs Monate nach der Exstirpation wieder vorstellte, befand sie sich im besten Wohlsein, die Lymphdrüsen waren nirgends infiltrirt, überhaupt

---

1) Góth, Pigmentsarkom der äusseren Genitalien. Centralblatt f. Gynaekologie 1881, No. 20.

keine Spur eines Recidivs bemerkbar. Góth hegt also die Hoffnung, dass durch die rechtzeitige Entfernung der Frau vollständig die Gesundheit wiedergegeben ist; jedoch darf er sich nicht verhehlen, dass die Gefahr des Recidivirens immer noch eine sehr grosse ist. Gleichfalls ein Melanosarkom, und zwar von der Clitoris ausgehend, ist in der Klinik von E. Martin[1]) zur Operation gekommen. Dieser Fall zeigt wiederum die ganze Bösartigkeit dieser Neubildungen.

Die Operation ging zwar glücklich von Statten, jedoch kam die Herausnahme der stark infiltrirten Inguinaldrüsen, die in einer 2. Sitzung geplant war, nicht mehr zur Ausführung, da die Frau bereits zwölf Tage nach der Operation an schnell zunehmender Kachexie starb. Bei der Section fanden sich im ganzen Körper zerstreut mit schwarzem Pigment durchsetzte Neubildungsknoten, unter anderen auch Knoten im Dougla'schen Raum und im Lig. rotundum ein bohnengrosser Tumor.

Ueber einen sehr interessanten Fall von recidivirendem Sarkome der grossen Schamlippe berichtet G. Simon[2]). Es handelt sich hier um ein junges, achtzehnjähriges, blühendes Mädchen, wie denn überhaupt die Neoplasmen der Vulva, namentlich die Epitheliome, ganz im Gegensatze zu dem Auftreten von Neubildungen an anderen Orten, mit Vorliebe jüngere Mädchen, ja sogar Säuglinge, heimsuchen. Das junge Mädchen war mit

---

1) Zur Casuistik der Neubildungen an den weiblichen Genitalien. Berliner klinische Wochenschrift 1881. No. 31.

1) Monatsschrift für Geburtshülfe. XIII S. 68.

einer schmerzlosen fluktuirenden Geschwulst, die seit ihrem halbjährigen Bestehen die Grösse eines Hühnereies erreicht hatte, zur Beobachtung gekommen und operirt worden. Dem Mädchen wurde darauf die Erlaubniss zum Heirathen gegeben, da bei der Jugend des Mädchens und dem blutig cystösen Inhalte der Geschwulst ein Recidiviren der wahrscheinlich gutartigen Geschwulst nicht in Aussicht stand; ebendeswegen wurde auch eine mikroskopische Untersuchung unterlassen.

Der Verlauf und Ausgang des Processes zeigte aber, dass es sich um eine der bösartigen, häufig recidivirenden und schliesslich in Markschwamm ausartenden sarkomatösen Neubildungen handelte. Im Verlaufe von nicht ganz $2^1/_2$ Jahren folgten in immer kürzeren Abständen und in immer bösartiger und schneller wachsenden Form vier Recidive, von denen die drei ersten operirt werden konnten, während das vierte inoperabel war, die Metastasen oberhalb der Clavicula zu fühlen, die Leistendrüsen beiderseits stark infiltrirt, und der Zustand der Frau, die kurz vorher ein gesundes Kind geboren hatte, ein derartiger war, dass eine Operation nicht mehr indicirt war. Die Sektion ergab ausser den bis über Taubeneigrösse angeschwollenen Inguinaldrüsen und dem Tumor über der Clavicula nach metastatische Heerde in der Leber und dem Periost des Sternums. Die mikroskopische Untersuchung ergab nicht nur die sarkomatöse Beschaffenheit der soliden Tumoren der Recidive, sondern auch die „der Gewebsfetzen und kolbigen und gestielten Excrescenzen, welche in der Cyste des ersten Recidivs

und der sekundär über dem Schlüsselbeine entstandenen Cyste des vierten vorkommen". Nur in dem milchähnlichen Safte der Leberinfiltrationen wurden die deutlichsten Krebszellen gefunden.

Besonders bemerkenswerth ist in den letzten beiden Fällen, dass nicht nur örtliche Recidive, wie sie bei Sarkomen ja der Regel nach eintreten, sondern auch sekundäre Ablagerungen in anderen Körpertheilen eintreten; letzteres ist bei örtlichen Sarkomen nicht gerade häufig und findet sich gewöhnlich nur bei den Lymphosarkomen oder der Pseudoleukoemie, wobei eine allgemeine Sarkomatose sämmtlicher Organe stattfindet. Ueber ein Spindelzellensarkom der linken kleinen Schamlippe berichtet, wie schon oben erwähnt, Fürst[1]). Der Verlauf dieses Falles war wieder ein mehr gutartiger. Die Geschwulst bestand schon seit sechs Jahren und zeigte nur in den letzten beiden Jahren ein grösseres Wachsthum. Die Exstirpation ging glatt von Statten und das Befinden der Frau, die sich nachher öfters wieder bei Fürst vorstellte, blieb andauernd ein ungetrübtes; von Recidiv war keine Spur zu bemerken und auch die Inguinaldrüsen vollständig normal. Der mikroskopische Befund ergab, dass ein Spindelzellensarkom vorlag.

Einen Fall von allgemeiner Sarkomatose, ausgehend von dem einen Labium minus, hat Terrillon (Paris

---

1) Archiv für Gynaekologie. Bd. XXVII. S. 106.

Ann. de gynéc. Juli 1886) beschrieben. Bei[1]) einer 62jährigen Frau wurde ein an der Innenfläche des rechten Labium minus sitzendes, etwa nussgrosses, melanotisches Sarkom mittelst Thermokautors entfernt. Die Schleimhaut in der Umgebung des Tumors, ebenso die der Vagina und der Vaginalportion, zeigte dunkle Pigmentirungen. Anderweitige Tumoren konnten zur Zeit der Operation am Körper nicht nachgewiesen werden. Vier Monate später wurde ein schwarz durch die Haut durchscheinender Tumor in der rechten Leistengegend konstatirt, und von dieser Zeit an entwickelten sich rapid im ganzen Körper Metastasen. Die Untersuchung des Blutes zeigte Vermehrung der rothen Blutkörper und zahlreiche dunkle Pigmentkörnchen. Der Urin nahm, sobald er einige Zeit der Luft ausgesetzt war, eine tiefschwarze Farbe an. Dreiviertel Jahr nach der Operation erlag die Patientin der allgemeinen Sarkomatose. Ausser diesen wenigen in der Literatur näher beschriebenen Fällen, wobei ich auf Vollständigkeit natürlich keinen Anspruch machen kann, auf die ich im Vorhergehenden etwas näher eingegangen bin, um einen übersichtlichen Blick über die Natur und den Verlauf dieser Neubildungen zu gewinnen, haben nach Klob, Bailly und Prescott-Hewitt[2]) Sarkome der Vulva und zwar Melanosarkome beschrieben, bei der

1) Laut Referat von Herrn Dr. Skutsch im Centralblatt für G. 86. Bd. 51.

2) Prescott-Hewitt, Melanois of the labium and glans of the groins and pobes. Lanced, March 16, 1861.

war es mir nicht möglich, etwas näheres über diese Fälle in Erfahrung zu bringen, da mir die betreffende Literatnr nicht zu Gebote stand.

Durch die Güte meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Geh. Hofraths B. S. Schultze, bin ich in den Stand gesetzt, der casuistischen Literatur zwei weitere Fälle einzureichen, die von Schultze hier auf der Klinik operirt worden sind. Ich lasse dieselben hier folgen.

Fall I

betrifft eine Frau Vater im Alter von 47 Jahren, aus Apolda gebürtig. Ihre Aufnahme in die hiesige Klinik erfolgte am 2./IV. 84.

Anamnese: Patientin war als Kind stets gesund und bekam ihre Menses mit dem 18. Jahre, anfangs unregelmässig, später regelmässig, vierwöchentlich, sechstägig, stark, mit Schmerzen im Kreuze. Vor zwölf Jahren machte sie eine leichtere Peritonitis durch, vor sechs Jahren litt sie an Magenkrämpfen. Im Alter von 24 Jahren hat sie zum ersten und einzigen Mal geboren; die Geburt erfolgte spontan, das Wochenbett verlief ohne Störung. Seit drei Jahren ist die Regel wieder unregelmässig, während derselben leidet Patientin an Congestionen nach dem Kopf, nachher an Ausfluss. Im Sommer 1883 blieb die Regel ein ganzes halbes Jahr völlig aus, stellte sich dann aber wieder ein. Die letzte Regel dauerte vier Wochen lang, von zwei Wochen vor Weihnachten bis zwei Wochen nach Weihnachten;

es ging dabei viel Blut und Schleim ab. Der Tumor in der rechten grossen Schamlippe entstand vor vier Jahren und ist sehr langsam gewachsen. Die jetzigen Hauptbeschwerden der Patientin bestehen in heftigen Kreuz- und Magenschmerzen, unangenehmem Aufstossen und Ausfluss. Der Tumor in der grossen rechten Schamlippe bereitet weiter gar keine weiteren Beschwerden und Erscheinungen.

Status praesens. 24./IV. 84. Die Frau ist gut genährt und zeigt ziemlich reichliches Fettpolster. Straffe Muskulatur. Der Thorax ist gut gewölbt und an Herz und Lungen nichts Abnormes nachweisbar. Das Abdomen ist flach und bis in die untern Thoraxpartieen leicht eindrückbar, überall schmerzlos. Die Inguinaldrüsen sind nicht geschwollen. Die Scheide ist weit und kurz, Ovarien und Parametrien überall schmerzlos und nirgends Verhärtungen zeigend. Der Uterus liegt in steiler Anteversion etwas nach links verlagert. Rechts befindet sich im Cervix ein kleiner Riss, die Portio ist kurz. An der vorderen Wand des Uterus links in der Höhe des inneren Muttermundes ist eine Taubenei grosse Prominenz zu fühlen, wahrscheinlich ein subperitonäales Myom. In der vorderen Lippe der Portio ist ebenfalls ein rundlicher Tumor zu konstatiren, der im Speculum geröthet aussieht und von Epithel entblösst ist. Im Ganzen sind also drei Tumoren vorhanden: einer im rechten Labium maius, einer in der vorderen Wand des Uterus, und einer in der Portio. Der Tumor der rechten grossen Schamlippe sitzt in dieser selbst und macht die-

selbe ziemlich stark prominiren. Die Geschwulst ist etwas zusammendrückbar, von elastisch-fester Consistenz und nicht zu reponiren. Auf Druck ist keine Schmerzhaftigkeit zu konstatiren; Fluktuation ist nicht vorhanden, Haut darüber intakt.

Diagnose: Tumor labii maioris dextri (Myom? Sarkom?)

Indicatio: Exstirpatio.

26./IV. Da ein gestern eingelegter Tannintampon starken Katarrh ergeben hatte, so wird es hier indicirt erachtet, vor der Ausführung der Operation den Katarrh zur Heilung zu bringen. Da der Uterus jedoch nicht frei zugänglich ist (Sonde 4 ist auf 7 cm in anteflektirter Stellung in das Cavum uteri einzuführen), so muss erst zur Dilatation mit Laminariastift und Sperre geschritten werden, doch

28./IV. Eintritt der Regel.

3./V. Noch etwas Regel. Temperatur Abends 38° Ordo: Jodkali - Glycerin Tampon.

9./V. Patientin fühlt sich nach des Tamponbehandlung besser.

10./V. Der Uterus wird von heutigem Tage an mit Laminariastift No. 4 und der Sperre zugänglich gemacht, und die Katarrhbehandlung mit Soda- und Sublimatlösung in Angriff genommen. Der Katarrh zeigt öfter Remissionen und Exacerbationen, bis endlich die Operation zur Ausführung gelangen konnte.

23./VII. Klinische Stunde und Operationsbericht. Die Operation machte gar keine Schwierigkeiten und

war sehr einfach, da sich der Tumor leicht herausschälen liess. Nachdem die Schamhaare abrasirt, und das Operationsfeld gehörig mit Seife, Alkohol und Sublimat 1:1000 desinficirt worden war, wurde ein Schnitt über die grösste Länge der Geschwulst geführt, und diese dann stumpf herauspräparirt. Der Tumor zeigte eine kleine Einschnürung, wodurch er oberflächlich in zwei getheilt wurde, und war gestielt, setzte sich aber nicht in den Leistenring fort. Es mussten mehrere stärker spritzende Arterien unterbunden werden, und ebenso wurde der Stiel unterbunden. Nachdem die Mundfläche dann wieder nach den Grundsätzen der Antiseptik gereinigt worden war, wurde sie mit einigen Suturen vereinigt, und ein Drainrohr eingelegt.

24./VII. Heftiges Brennen in der Wunde, die auf Druck sehr empfindlich ist. Patientin hat in der Nacht fast gar nicht geschlafen. Ordo: Kalte Sublimatumschläge, Eisblase.

27./VII. Kein Fieber, Urin spontan, Stuhlgang verzögert; Appetit mässig. Zustand der Frau ist befriedigend; nur in der Umgebung der Wunde herrscht etwas Druckempfindlichkeit.

28./VII. Nachts wieder Schmerzen in der Wunde.

30./VII. Das Drainrohr wird entfernt.

31./VII. Die Suturen werden entfernt, die Heilung ist per primam intentionem erfolgt bis auf die Oeffnung, wo das Drainrohr lag. Allgemeinbefinden gut.

7./VIII. Entlassung. Eingezogene Erkundigungen haben ergeben, dass die Frau sich fortgesetzt des besten

Wohlseins erfreut und von ihrem bisherigen Leiden gänzlich befreit ist.

Der Tumor war dem mikroskopischen Befunde nach ein Fibrosarkom, da er reichliches Bindegewebe mit spärlichen Spindelzellen aufwies. Es war also zur Zeit der Operation jedenfalls noch von gutartiger Beschaffenheit, und so kann wohl mit einiger Gewissheit auf eine völlige Heilung der Frau gerechnet werden.

Fall II

betrifft Frau Friederike Thyrolf, eine Wirkerswittwe, im Alter von 48 Jahren, ebenfalls aus Apolda gebürtig. Aufnahme in der hiesigen Klinik geschah am 12./V. 85.

Anamnese: Patientin war als Kind stets gesund, die Regel trat mit 15 Jahren regelmässig, vierwöchentlich, viertägig, ohne Schmerzen auf. Mit 20 Jahren hat sie sich verheirathet und während der Zeit fünf Mal geboren, das letzte Mal vor 14 Jahren. Die Geburten verliefen sämmtlich spontan und normal, ebenso die Wochenbetten. Patientin bemerkte vor etwa zehn Wochen an der Stelle der jetzigen Geschwulst ein kleines Knötchen, das an Grösse zunahm und besonders in der letzten Zeit rasch wuchs. Anfangs fehlten jegliche Symptome und Beschwerden, nur in der letzten Zeit fühlte Patientin beim Stehen ein Drücken nach unten in der Geschwulst, als wollte sie zerplatzen. Jetzige Beschwerden sind namentlich dieses Drückgefühl in der Geschwulst, schlechter Appetit, retardirter Stuhlgang

und etwas behindertes Urinlassen. Letzte Regel fand am 9./V. 85 statt.

Status praesens: 12./5 85. Mässig genährte Frau, Haut in Falten abhebbar, Muskulatur schlaff. Zunge zeigt keinen Belag, Zähne sind von schlechter Beschaffenheit. Thorax ist gut gewölbt, und Herz und Lungen gesund. Mammae sind atrophisch und hängend, Abdomen nicht vorgewölbt und zeigt zahlreiche alte Striae, ist auf Druck nirgends empfindlich und leicht eindrückbar. Inguinaldrüsen sind klein, aber durch die dünne Haut deutlich fühlbar. Das rechte grosse Labium ist in einen rundlichen Tumor verwandelt, dessen grösste Länge 10 cm, dessen grösste Breite 7 cm beträgt; er sitzt wesentlich zwischen grossem und kleinem Labium und drängt das rechte kleine Labium stark hervor. Die Haut über dem Tumor zeigt keine Veränderung. Der Tumor ist auf Druck nicht schmerzhaft, seine Consistenz ist elastisch-prall. Er lässt sich überall iseliren, gegen den Leistenring zu fühlt man einen dünnen Strang hinziehen. Percussionsschall auf dem Tumor ist gedämpft. Die Vagina ist weit, die Portio kurz, der Muttermund grübchenförmig mit Einkerbungen. Der Uterus liegt retrovertirt, sein Fundus am dritten Kreuzbeinwirbel; er lässt sich hineinschieben und ist, wenn auch mit vieler Mühe, reponibel. Malignität des Tumors ist wahrscheinlich, wenn derselbe wirklich erst seit zehn Wochen gewachsen ist. Gefühl der Fluktuation ist vorhanden. Bei genauerer Untersuchung lässt sich rechts kein nach der Gegend des Leistenkanals ziehender Strang

abtasten. Der Urin reagirt sauer, ohne Eiweiss und Zucker.

19./V. Klinische Vorstellung und Operationsbericht: Es werden zwei Schnitte, welche ein Hautoval umschneiden, über die Vorderfläche des Tumors geführt; die Auslösung geschieht theils mit dem Messer, theils stumpf. Die den Tumor an der inneren, nach der Vulva zugekehrten Seite überkleidende Haut ist an einzelnen Stellen so dünn, dass Perforation eintritt. Da die Blutung ziemlich erheblich ist, so sind zahlreiche Unterbindungen mit Catgut nöthig. Ein Theil der nun überflüssigen Haut wird mit der Scheere entfernt. Nachdem die Wundoberfläche mit Sublimat desinficirt ist, wird die gesammte Wunde durch Catgutsuturen vereinigt und mit Jodoform und Salicylwatte bedeckt. Der Tumor enthält keine Flüssigkeit, trotzdem er etwas Fluktuation vertauschte, ist von annähernd kugliger Gestalt; sein Durchmesser beträgt $7^1/_2$ cm, sein Gewicht 125 Gramm.

20./V. Urin wird per Katheter abgenommen, etwas Oedem des rechten Labium.

22./V. Rechtes Labium immer noch etwas ödematös, auf Druck wenig empfindlich.

23./V. Oedem geht zurück, Urin noch per Katheter.

25./V. Oedem nimmt weiter ab, Urin per Katheter, Wunde sieht gut aus, Jodoform.

28./V. Urin spontan, Stuhlgang verzögert.

29./V. Noch kein Stuhlgang. Ordo: Clysma.

2./VI. Alles per primam intentionem geheilt; die

letzten Suturen am kleinen Labium haben innen etwas eingeschnitten, sodass daselbst kleine Furchen entstanden sind.

6./VI. Es treten an beiden Füssen Oedeme auf, im Urin ist kein Eiweiss.

8./VI. Vollkommene Heilung eingetreten; es fehlt ein Theil des rechten kleinen Labiums, was um so stärker hervortritt, weil das linke stark prominirt, sonst normale Verhältnisse. Die Temperatur war nach der Operation, mit Ausnahme des dritten Tages, an welchem sie 38° um ein Geringes überschritt, stets eine normale. Der Kräftezustand der Frau blieb auch nach der Operation ein gleichmässiger; während sie vor der Operation am 13./V. 105 Pfd. wog, war sie am 8./VI. 103 Pfd. schwer. Sie wurde als für jetzt vollkommen geheilt entlassen, mit der Ermahnung, falls wieder Beschwerden eintreten sollten, wiederzukommen behufs Behandlung der Retroverso uteri oder eines eventuellen Recidivs. Wie darauf eingezogene Erkundigungen ergeben haben, befindet sich die Frau jetzt noch vollkommen wohl, sodass zu hoffen ist, dass definitive Heilung erfolgt ist.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst den Charakter eines Fibro-Sarkoms darbot: es fanden sich mässig zahlreiche Zellen von spindelförmiger Gestalt und mit grossen Kernen eingestreut in reicher Intecellularsubstanz. Also gehörte die Geschwulst zu den gutartigen Sarkomen, denn je zahlreicher die Zellen und je geringer die Zwischensubstanz, um so übler der Verlauf.

Die beiden hier mitgetheilten Fälle bieten im Allgemeinen nichts Besonderes und Charakteristisches dar; vielleicht können sie im Verein mit den von Góth und Fürst mitgetheilten Fällen dazu beitragen, dass die üble Prognose, die diese Sarkome, wie schon oben mehrfach erwähnt, und wie ich glaube im Grossen und Ganzen auch mit vollem Recht haben, für etwas günstiger angesehen wird, falls nur rechtzeitig die Exstirpation stattfindet. Allerdings kann man sich mit voller Bestimmtheit auch auf diese vier günstig verlaufenen Fälle nicht berufen, da ja noch zu jeder Zeit Recidive eintreten können.

Aus der vorliegenden Arbeit ergiebt sich, dass der primäre Sitz dieser Sarkome stets die Schamlippen, und zwar meist die grössere oder die Clitoris ist; ferner, dass alle Fälle eins mit einander gemein haben: das völlige Fehlen jeglicher Symptome und Beschwerden im Anfang der Affektion, ganz wie beim Carcinom. Wenn die Frauen nicht durch ein rascheres Wachsthum oder durch das Jucken und Brennen, welches dadurch entsteht, dass die vergrösserten Labien beim Gehen an einander reiben und dadurch zu Erosionen Anlass geben, auf ihr Leiden aufmerksam werden, so lassen sie die Geschwulst entweder ganz unbeachtet oder sie ahnen ihr Vorhandensein nicht einmal. Diesem Umstande ist es jedenfalls zuzuschreiben, dass die meisten Fälle einen so traurigen Ausgang nehmen; denn es ist nicht einzusehen, weshalb diese Fälle, wenn nur frühzeitig operirt, einen schlimmern Ausgang haben sollten als Carcinome

im gleichen Stadium. Wenn aber erst das Wachsthum ein grösseres wird, und erst ein Recidiv sich eingestellt hat, dann ist allerdings der Verlauf ein viel schlimmerer als der der Carcinome.

Die Beschwerden werden unerträglich, das Wachsen geschieht rapide, das infiltrirte Gewebe geht in jauchig-eitrigen Zerfall über, und namentlich besteht jetzt eine grosse Neigung zu profusen Blutungen, viel grösser wie im analogen Fall beim Uterus. Rasch werden die benachbarten Lymphdrüsen ergriffen unter Neigung zum selbständigen Weiterwuchern und Ulceriren, und der Tod erfolgt durch den starken Blutverlust entweder an Erschöpfung, oder im Falle einer Exstirpation an schnell sich einstellendem Recidiv.

Aus vorliegenden Betrachtungen und den mitgetheilten Fällen glaube ich nun den Schluss ziehen zu dürfen, dass allerdings die Prognose dieser Geschwülste eine sehr ernste, ja dass dieselbe, wenn die Geschwülste erst ein schnelleres Wachsthum zeigen und schon einmal recidivirt sind, geradezu eine infauste ist; dass gleichzeitig aber auch durchaus nicht jegliche Hoffnung auf völlige Genesung aufzugeben ist; falls nur zur rechten Zeit, bevor die Tumoren ihre Gutartigkeit verlieren, ihre Exstirpation stattfindet.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. B S. Schultze für die gütige Ueberlassung des Materials und dem Herrn Privatdocenten Dr. F. Skutsch für seinen Rath und freundlichen Beistand meinen wärmsten Dank auszusprechen.